

Adolescent Knee Pain Prognostic tool

Disse spørgsmål handler om dine knæsmærter

Sæt kryds i den boks som bedst beskriver hvor du har det, eller skriv i tekstboksen. Hvis du er i tvivl, så bedes du svare så godt du kan.

1. Hvor gammel er du?	(_____)
2. Er du en pige eller en dreng?	<input type="checkbox"/> Pige <input type="checkbox"/> Dreng
3. Hvor lang tid har du haft ondt i knæet?	<input type="checkbox"/> under 3 måneder <input type="checkbox"/> 3– 6 måneder <input type="checkbox"/> 6–12 måneder <input type="checkbox"/> mere end 12 måneder
4. Hvordan startede dine knæsmærter?	<input type="checkbox"/> Opstået efter en skade (f.eks. slog mit knæ, kom pludseligt til skade) <input type="checkbox"/> De er kommet snigende/langsomt over en længere periode
5. Hvor ofte oplever du dine knæsmærter?	<input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Månedligt <input type="checkbox"/> Ugentligt <input type="checkbox"/> Mere end en gang om ugen <input type="checkbox"/> Næsten dagligt
6. Har du ondt andre steder i kroppen som gør at du ikke kan deltage i dine normale aktiviteter (leg i skolegården, sport og lignende)? I dette spørgsmål menes andre steder end knæet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Marker venligst hvor. Du må gerne afkrydse mere end et område: <input type="checkbox"/> Ryg eller nakke <input type="checkbox"/> Skulder <input type="checkbox"/> Albuen <input type="checkbox"/> Håndled eller hånden <input type="checkbox"/> Underbenet <input type="checkbox"/> Låret <input type="checkbox"/> Bækken (badebuksområdet) <input type="checkbox"/> Ankel eller foden
7. Hvor mange gange per uge deltager du typisk i sport (udover idræt i skolen)?	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> 1 gange/uge <input type="checkbox"/> 2 gange/uge <input type="checkbox"/> 3 gange/uge <input type="checkbox"/> 4 gange/uge <input type="checkbox"/> 5 gange/uge <input type="checkbox"/> 6 gange/uge <input type="checkbox"/> 7 eller flere gange/uge
Hvilken type sport? (feks håndbold, fodbold, svømning, løb). Du må gerne skrive mere end en sport.	(_____)
8. Har din mor eller stedmor haft ondt i kroppen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har din far eller stedfar haft ondt i kroppen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
9. Under hver overskrift bedes du sætte kryds i DEN kasse, der bedst beskriver hvordan dine knæsmærter påvirker de ting du laver på en normal dag (f.eks., gå i skole, hobbyer, sport, være sammen med venner eller familie)	<input type="checkbox"/> Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter <input type="checkbox"/> Jeg har lidt problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter <input type="checkbox"/> Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter <input type="checkbox"/> Jeg har store problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter <input type="checkbox"/> Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter
10. Sæt kryds i den kasse som bedst beskriver hvordan du har det i dag. Ængstelig/deprimeret_svarer til at være ked af det.	<input type="checkbox"/> Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret <input type="checkbox"/> Jeg er lidt ængstelig eller deprimeret <input type="checkbox"/> Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret <input type="checkbox"/> Jeg er meget ængstelig eller deprimeret <input type="checkbox"/> Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret
Når jeg har ondt, er det forfærdeligt og jeg tror aldrig det bliver bedre.	<input type="checkbox"/> Overhovedet ikke <input type="checkbox"/> Lidt <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Meget <input type="checkbox"/> Rigtig meget
11. Har du røget cigaretter I de sidste 4 uger?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
12. Jeg har problemer med at sove	<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> Næsten aldrig <input type="checkbox"/> Nogle gange <input type="checkbox"/> Ofte <input type="checkbox"/> Næsten altid